

1.25 Depressionen/Depressive Störungen/ Depressive Syndrome

Synonyme/verwandte Begriffe

Depressive Störung, major depression, Melancholie

Definition

Depressive Verstimmung mit Verlust von Freude und Interesse, Veränderungen der Psychomotorik und körperlichen Funktionsstörungen

Das klinische Syndrom (major) Depression/depressive Episode schließt eine heterogene Gruppe verschiedener Typen von Depressionen ein, es lassen sich verschiedene Subtypen unterscheiden (s. Einteilung/ Klassifikation).

Epidemiologie

- Depressionen gehören zu den wichtigsten „Volkskrankheiten“.
- Lebenszeitprävalenz ca. 17% (Frauen ca. 23%, Männer ca. 11%)
- Direkte Krankheitskosten in D ca. 4 Milliarden €
- Depressionen bei
 - ca. 10% der Hausarztpatienten (ca. 25% zeigen depressive Symptome)
 - 15–25% der Bewohner in Alten-/Pflegeheimen
 - ca. 15% aller über 65-Jährigen
 - ca. 50% der Parkinson-Patienten
 - ca. 25% der Patienten mit Alzheimer-Demenz
 - ca. 50% innerhalb eines Jahres nach Schlaganfall

Merke: Ca. 40% der Depressiven konsultieren keinen Arzt, ca. 50% der Depressionen werden vom Allgemeinarzt nicht erkannt, $\frac{2}{3}$ werden nicht behandelt, nur 25% erhalten Antidepressiva – oft in nicht ausreichender Dosierung!

Ätiopathogenese (s. Abb. 1.25.1)

- Prinzipiell **multifaktoriell** bedingt (Vulnerabilitätskonzept) (s. Abb. 1.25.2)
 - Interaktion Neurobiologie – Stressoren
 - Die depressive Wirksamkeit eines Lebensereignisses wird vor allem durch die individuelle Disposition bestimmt.
- **Genetische Faktoren**
 - Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien zeigen eine genetische Disposition. Das Erkrankungsrisiko der Kinder bei einem kranken Elternteil beträgt ca. 20%, die Konkordanzrate für eineiige Zwillinge ca. 40%.

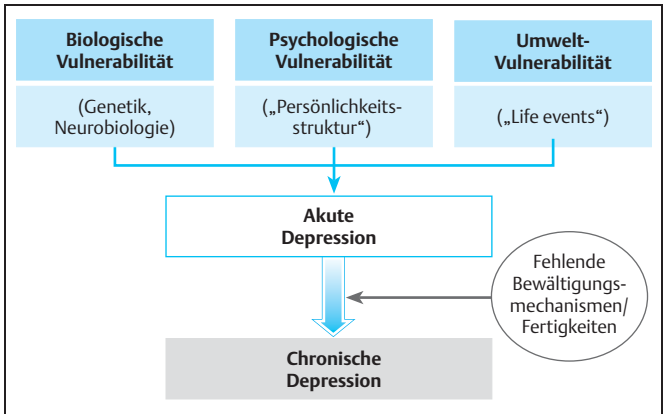


Abb. 1.25.1 Ätiopathogenese von Depressionen.

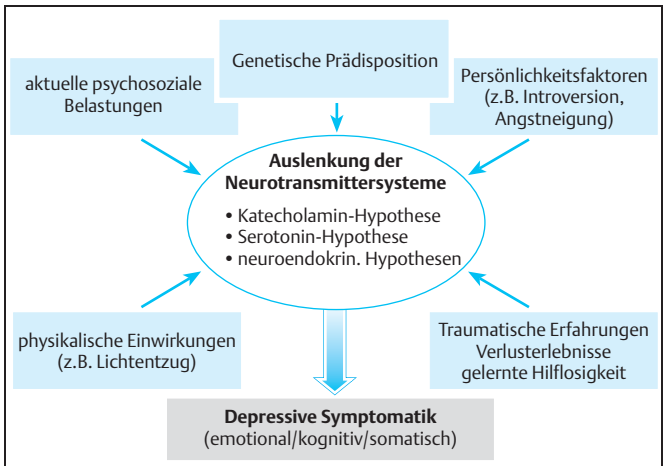


Abb. 1.25.2 Multifaktorielle Ätiopathogenese depressiver Erkrankungen.

- **Neurobiologische Faktoren**
 - Hippokampus-Verkleinerung, neurodegenerative Hypothese
 - Neurobiochemie
 - Amindefizit-Hypothesen (Noradrenalin-/Serotonin-Mangel-Hypothese)
 - Konzept der Dysbalance verschiedener Neurotransmitter
 - Stresshormon-Hypothese – Neuroendokrinologische Befunde
 - Störungen der Regulation der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden- bzw. Schilddrüsen-Achse, u.a. Hyperkortisolismus
 - Chronobiologische Faktoren
 - saisonale Rhythmik
 - sog. Tagesschwankungen
 - verkürzte REM-Latenz
 - Pharmakogene und somatogene Ursachen (Differenzialdiagnose S. 98–102)
- **Psychoziale Faktoren/Stressoren**
 - Psychoreaktive Auslösung häufig (Stressoren, kritische Lebensereignisse), z.B. Verluste, Entwurzelung
 - Psychodynamisch-psychoanalytische Modellvorstellungen
 - Kognitive und lerntheoretische Modelle
 - Kognitive Triade: negative Wahrnehmung der eigenen Person, der Umwelt und der Zukunft
 - Dysfunktionale Kognitionen
 - „Gelernte Hilflosigkeit“
 - Verstärkerverlust
 - Fehlende Bewältigungsstrategie
 - Störung der Selbstwahrnehmung und Selbstbewertung
- **Persönlichkeitsfaktoren**
 - „Typus melancholicus“ (Ordentlichkeit, Überkorrektheit, Aufopferungsbereitschaft, Genauigkeit bis Pedanterie)
 - „Orale Charakterstruktur“ (niedrige Frustrationstoleranz, starke Abhängigkeit von anderen, „dependente Persönlichkeit“)
 - „Anale Charakterstruktur“: zwanghafte Züge

Folgende Risikofaktoren lassen sich zusammenfassen (s. Tab. 1.25.1):

Tabelle 1.25.1 Risikofaktoren für Depressionen

- Weibliches Geschlecht
- Positive Depressions-Familienanamnese
- Eigene frühere Depression
- Früher Verlust der Eltern
- Missbrauchsanamnese
- Persönlichkeitszüge
- Stressoren (Trennung, Verschuldung)
- Alkohol-/Drogenabhängigkeit
- Neurologische Erkrankungen (M. Parkinson, Schlaganfall)

Einteilung/Klassifikation (s. Abb. 1.25.3 a u. b)

- **Traditionelle Einteilung** (s. Tab. 1.25.2):
 - Endogene Depression
 - Reaktive und neurotische/psychogene Depressionen
 - Somatogene (symptomatische/organische) Depressionen
- Die heutige Einteilung erfolgt nach Schweregrad- und Verlaufskriterien:
 - leicht-/mittel-/schwergradig/psychotisch
 - Episode oder rezidivierend.
- Als Sonderformen lassen sich unterscheiden:
 - postpartale Depression
 - atypische Depression
 - Altersdepression
 - saisonale (Herbst-Winter-)Depression (s. Abb. 1.25.3a u. b)

Hauptsymptome	Zusatzsymptome	Somatisches Syndrom	
<ul style="list-style-type: none"> • depressive Verstimmung • Verlust von Interesse / Freude • Verminderung des Antriebs 	<ul style="list-style-type: none"> • Konzentrationsstörung • mangelndes Selbstwertgefühl, -vertrauen • Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit • pessimistische Zukunftsperspektiven • Suizidalität • Schlafstörungen • Appetitverminderung 	<ul style="list-style-type: none"> • deutlicher Interessenverlust/ Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten • mangelnde Fähigkeit, emotional zu reagieren • Früherwachen • Morgentief • objektivierte psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit • deutlicher Appetitverlust/ mehr als 5% Gewichtsverlust • deutlicher Libidoverlust 	
Depressive Episode			
2	2	leicht	- monphasisch F 32
2	3–4	mittel	- rezidivierend F 33
3	≥4	schwer	- biphasisch F 31
Dauer der Symptome (> 2 Wochen)		Schweregrad	Verlauf ICD-10

Abb. 1.25.3a Klassifizierung der Depressionen nach ICD-10

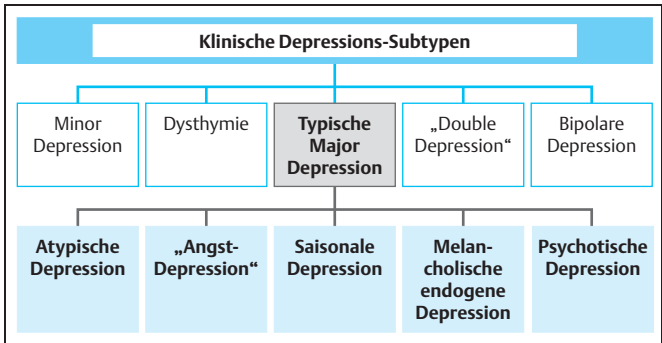


Abb. 1.25.3b Klinische Depressions-Subtypen.

Tabelle 1.25.2 Einteilung/Klassifikation depressiver Erkrankungen (Störungen) nach ICD-10

F.06.32	Organische depressive Störung
F 1x.54	Depression durch psychotrope Substanzen (Alkohol, Drogen)
F 20.4	Postschizophrene Depression
F 25.1	Schizodepressive Störung
F 32	Depressive Episode (leicht/mittelgradig/schwer/psychotisch)
F 32.8	Atypische/larvierte Depression
F 33	Rezidivierende depressive Störung (Leicht/mittelgradig/schwer/psychotisch)
F 34.1	Dysthymia
F 38.1	Rezidivierende kurze depressive Störung
F41.2	Angst und depressive Störung gemischt
F43.2	Anpassungsstörung: depressive Reaktion, Trauerreaktion
F53.0	Postpartale Depression

Leitsymptomatik

Hauptsymptome sind depressive Verstimmungen, Hemmung von Antrieb und Denken sowie Schlafstörungen (zum klinischen Bild s. Tab. 1.25.3)

Typische „Denkfehler“ sind in der Tabelle 1.25.4 zusammengestellt.

Wenn körperliche Symptome im Vordergrund stehen, spricht man von einer larvierten, somatisierten Depression (s. Abb. 1.25.4):

Tabelle 1.25.3 Depression – klinisches Bild

Psychische Symptome	Somatische Symptome
<ul style="list-style-type: none"> ● Depressive Verstimmung, Freudlosigkeit ● Interesseverlust ● Antriebshemmung, Energieverlust ● Selbstzweifel/Schuldgefühle/innere Leere ● Denkhemmung/Entscheidungsunfähigkeit ● Angst/Zukunftspessimismus ● Evtl. Wahn ● Tagesschwankungen ● Suizidalität 	<ul style="list-style-type: none"> ● Vitalstörung ● Schlafstörung (Durchschlafen, Früherwachen) ● Appetitstörung ● Obstipation ● Kopfdruck, Schwindel, Engegefühl ● Vegetative Symptome

Tabelle 1.25.4 Beispiele depressiver Denkfehler

Übergeneralisierung	Personalisierung
Allgemeine Schlussfolgerungen werden aufgrund einzelner Ereignisse gezogen, Beispiel: „Keiner mag mich“.	Ereignisse werden ohne zwingenden Grund auf die eigene Person bezogen, Beispiel: „Dass Kollege Meier schlechte Laune hat, liegt an mir“.
Kurzschlussdenken	Tunnelblick
Es werden willkürliche Schlussfolgerungen in Abwesenheit von Fakten oder gar bei gegenläufigen Sachverhalten gezogen, Beispiel: „Andere schauen auf mich herab; ich werde immer depressiv bleiben“.	Von vielen Dingen werden nur ganz bestimmte und vor allem negative gesehen, Beispiel: „Kollege Meier mag mich nicht“ (Was die anderen Kollegen tun, wird ignoriert).

Cave: Ausgeprägtes Suizidrisiko bei depressiven Patienten! 15% der Patienten mit schweren depressiven Störungen begehen Selbstmord. Bei 20 bis 60% der depressiv Kranken findet man Suizidversuche in der Anamnese, 40 bis 80% haben während einer Depression Suizidgedanken.

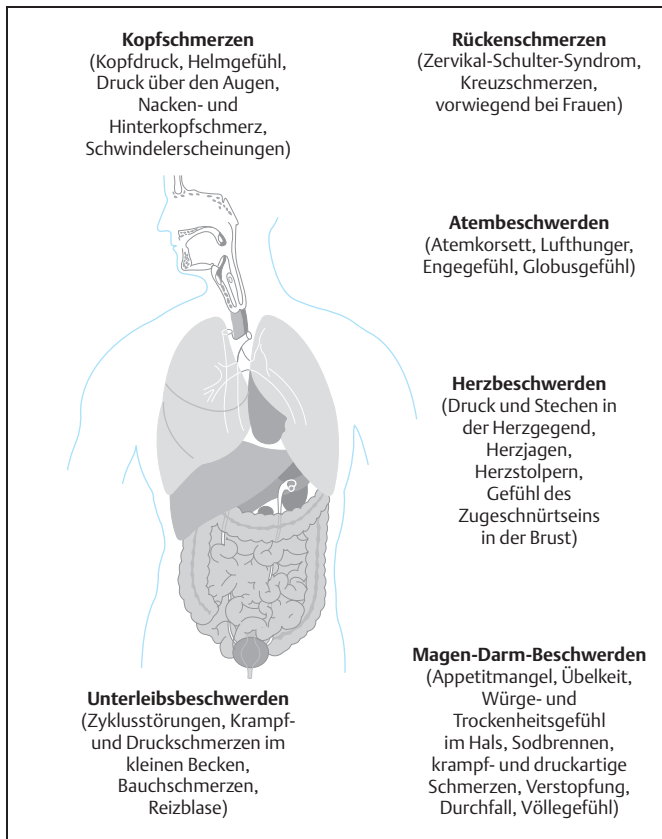


Abb. 1.25.4 Psychosomatische Symptome bei larvierter Depression.